

革命老区基本公共服务均等化研究^{*}

——以闽西革命老区公共卫生服务为例

祝 群¹, 贺祥民²

(1. 龙岩学院, 福建 龙岩 364012; 2. 南昌工程学院, 江西 南昌 330029)

摘 要:实现公共服务均等化,是政府的义务和责任。基本公共卫生服务直接关系到民生,由于城乡二元结构、公共财政供给和财政转移支付制度的不完善以及区域间、城乡间经济发展不均衡等原因,闽西革命老区的基本公共卫生服务存在较为严重的非均等化现象。应消除城乡体制分割,完善政府主导下的公共服务体制,健全财政转移支付制度,提高地区经济发展水平,并大力推进医疗卫生体制改革,以缓解区域间、城乡间基本公共服务的不均等,加快革命老区基本公共卫生服务均等化进程。

关键词:基本公共服务均等化;闽西革命老区;公共卫生服务;医疗卫生服务;公共财政保障机制;财政转移支付制度;医疗卫生体制改革

中图分类号:F062.6;F127

文献标志码:A

文章编号:1674-8131(2013)06-0045-08

一、引言

二十世纪初,英国经济学家庇古开创了福利经济学的完整体系。为实现福利最大化的目标,庇古考虑到两个问题:一是个人实际收入的增加会使其满足程度增大,二是转移富人的货币收入给穷人会使社会总体满足程度增大。据此,他提出了两个基本命题:国民收入总量越大,社会经济福利就越大;国民收入分配越是均等化,社会经济福利也就越大。庇古的国民收入均等化思想对基本公共服务均等化具有启示性意义,政府理应通过基本公共服务均等化来实现全社会福利最大化。基本公共服务均等化包含两个方面:一是居民享受基本公共服务的机会均等,如公民都有平等享受义务教育的权

利;二是居民享受基本公共服务的结果均等,如每一个公民无论住在什么地方,城市或是乡村,享受的义务教育和医疗救助等公共服务,在数量和质量上都应大体相等。

基本公共服务非均等化现象在世界许多国家都不同程度地存在,由于各国国情不同,对均等化的定义也存在一定差异。加拿大政府在 1957 年建立了财政均等化项目,并且于 1982 年将财政均等化纳入宪法;美国和加拿大在教育、失业、医疗、养老和住房等方面已经实现均等化;而德国的均等化包括国家层面上的均等化和区域层面上的均等化,对于国家意义上的均等化,人们把其称为全国一致的生活标准;英国于 2006 年颁布了均等化法案

* 收稿日期:2013-08-13;修回日期:2013-10-11

基金项目:福建省科技厅软科学项目(2013R0081);

龙岩学院服务闽西建设项目(lyxy2011018)

作者简介:祝群,女,四川广安人;副教授,硕士,在龙岩学院任教,主要从事农村经济社会发展研究。

(Equality Act),并且英国卫生部从20世纪90年代开始进行均等化的影响评价,主要是测定健康均等化策略的进展情况。从以上各国均等化政策措施来看,内容基本上包括医疗卫生服务、义务教育、社会保障等关系居民基本生活保障的各方面。西方发达国家政府虽然积极推行公共服务均等化政策与措施,但缺乏对公共服务均等化系统而直接的研究。

实现公共服务均等化不仅是公共财政,也是中国政府追求的目标之一。在我国有关政府文件对基本公共服务均等化的主要规定有:2005年10月11日的《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十一个五年规划的建议》和2006年10月11日的《中共中央关于构建社会主义和谐社会若干重大问题的决定》,提出“完善公共财政制度,逐步实现基本公共服务均等化”,明确指出必须全社会努力实现基本公共服务均等化,并把教育、卫生、文化等8个方面列入公共服务范畴。2007年10月15日,胡锦涛在党的“十七大”报告中强调:“缩小区域发展差距,必须注重实现基本公共服务均等化。”其中,基本公共卫生服务直接关系到民生。2008年吴仪在全国卫生工作会议上提出:“必须把发展农村卫生和社区卫生作为长期的战略重点,努力实现基本医疗服务均等化”。国务院深化医药卫生体制改革领导小组办公室明确了基本公共卫生服务均等化的概念:“是指全体城乡居民,无论其性别、年龄、种族、居住地、职业、收入,都能平等地获得基本公共卫生服务”。2013年4月4日,在“全国爱国卫生运动委员会全体会议”上,李克强总理指出,要按照深化医药卫生体制改革的要求,健全城乡基层医疗卫生服务体系,完善基层医疗卫生机构的服务功能,促进基本公共卫生服务逐步均等化。

国内学者近年来对基本公共卫生服务均等化研究较多,但定义尚未统一。常修泽(2007)认为,基本医疗卫生服务均等化的内涵:一是全体公民享有基本医疗卫生服务机会应该均等,二是全体公民享有基本医疗卫生服务结果应该大体相等。沈楠(2008)认为基本公共卫生服务均等化是指政府要为社会公众提供基本的、在不同阶段具有不同标准

的、最终大致均等的公共卫生和医疗服务。刘琼莲(2009)认为基本公共卫生服务均等化是一项反映与体现公共性的制度安排,是基于公平正义原则和现阶段经济发展水平而提出的,可以确保全体社会成员享受经济发展的成果,实现全体社会成员在基本医疗卫生服务领域的大致均等。但总体来看,还缺乏基于实地调研材料的实证研究和案例分析,尤其是专门针对落后地区的研究更为不足。

革命老区从国家的、党的历史看有着特殊的地位,但由于历史、地理等各种原因很多革命老区目前还处于比较落后的状态,革命老区的发展是我国当前社会经济发展中的一个重要问题。实现基本公共服务均等化是老区人民实现宪法所赋予的基本诉求,因此,提高政府的公共服务能力,提供基本而有保障的公共产品和公共服务,实现基本公共服务均等化已成为目前促进革命老区发展的重大课题。因此,本文以闽西革命老区龙岩市为例,全面分析其基本公共卫生服务的现状及其非均等化的原因与问题,进而提出对策建议,以丰富有关研究,并为革命地区推进公共服务均等化提供参考和借鉴。

二、闽西革命老区基本公共卫生服务现状

中国革命老区分布全国27个省、自治区、直辖市的1300多个县(市、区)。在战争年代,老区人民养育了中国共产党及其领导的人民军队,提供了长期坚持斗争的所需要的人力、物力和财力,为壮大革命力量和取得最后胜利付出了巨大牺牲。闽西革命老区是原中央苏区的重要组成部分,是全国十一个著名革命老区之一。龙岩市所辖的新罗区、漳平市、长汀县、永定县、上杭县、武平县和连城县七个县(市、区)均为原中央苏区,因位于福建省西部而通称闽西。

近年来,福建省政府及老区政府实施了一系列“老区优先,适当倾斜”的扶持政策,在投资、硬件建设、医务人员技能培训和新农合建设等方面做了不少实事,龙岩市基本公共卫生服务取得了较大的改善和发展,主要表现在以下几个方面:

1. 加大投资,强化硬件建设

龙岩市于2002年底启动实施“百院建设、千人

培训”工程。“百院建设”即重点加强 100 多所农村卫生院建设,投入专项经费改善乡镇卫生院医疗设备;“千人培训”即为乡镇卫生院培养医护人员等 1 000 名,并连续多年把它列入为民办实事项目。截至 2007 年末,龙岩市共有各类卫生机构(不含门诊部及诊所)186 个,其中医院 31 个、卫生院 126 个、预防保健机构 8 个;全市卫生机构共有床位 8 164 张,其中医院和卫生院 7 717 张;农村有医疗点的村数占总村数的 93.77%;市级财政投入 200 万元,为 17 个卫生院配置医疗设备 284 台(件),至 2007 年底,该项目累计投入 1 365.48 万元,为 74 所卫生院添置医疗设备 931 台(件);各帮扶单位共向接受帮扶的乡镇卫生院赠送医疗设备 539 台(套)、经费 10.6 万元;县以上医院对口支援卫生院工作已经覆盖全市 125 所乡镇卫生院;市财政拨出 100 万元,市卫生局筹集 9.2 万元,争取中国初保基金会捐赠 56 万元,为全市 14 所乡镇中心卫生院配备救护车等,卫生院的诊疗条件得到改善。

2. 强化培训与教育,注重医护人员的数量与质量,提升医护人员待遇

一是培训当地人员。2007 年年末,龙岩市共有卫生技术人员 8 087 人,其中医生 3 463 人、注册护士 2 996 人、乡村医生和卫生员 3 263 人;选送 144 人次到省、市级医院进修,组织了 298 名卫生技术人员参加市级培训,培训医疗技术骨干 4 978 人次,专业技术人员的业务素质得到提升。同时,大力开展乡村医生规范化培训,投入 100 万元,培训乡村医生 3 082 人次,参训率达到 100%。

二是选派医务人员支持。2007 年,福建省委、省政府实施了“选派千名医师帮扶卫生院”为民办实事项目,龙岩市委、市政府开展了“百名医生帮扶乡镇卫生院”活动。据统计,省政府和厦门市选派了 106 名医师进驻龙岩 90 所卫生院,龙岩市县级以上医院选派 100 名医师帮扶乡镇卫生院,市财政按照每名医师 5 000 元的标准给予补助。据统计,下派医生累计完成门诊 40 234 人次,开展各种手术 305 台,组织开展义诊 111 次,举办学术讲座 106 场,开展适宜新技术 44 项。

三是改善、提高乡村医生待遇。龙岩市还在 2005 年出台《龙岩市实施乡村医生享受政府津贴的意见》,对村级卫生员实行政府津贴补助。2007 年共有 2 194 名乡村医生享受政府津贴,累计发放政府津贴 228.474 万元。这些实际有效的措施提升了医护人员的质量,稳定了医疗队伍,尤其是乡村医疗队伍。

3. 促进新型农村合作医疗发展,推进公共卫生服务均等化

2007 年,龙岩市新农合实现全覆盖,人均筹资水平由上年的 50 元提高到 60 元,各县(市、区)调整补偿起付线、封顶线及补偿比例,提高农民受益率。截止 2007 年底,全市参合农民 199.56 万人,参合率 85%(2008 年达 95%),乡镇、行政村覆盖率达 100%;全市总补偿 10.2 万人次,补偿金额 8 201.48 万元,人均补偿 803 元,补偿总额占到参合农民住院总费用的 30%。2009—2012 年,卫生项目总投入 21.06 亿元;中央、省、市财政安排人均基本公共卫生服务经费从 15 元提高到 25 元;115 所乡镇卫生院、1 349 个村卫生室完成标准化建设;人均财政补助由 2008 年的 80 元上升到 2012 年的 240 元,住院补偿比例提高,重大疾病补偿达 20 万元(见表 1);城乡居民医疗保险门诊和住院报销的总体比例分别提高到 50% 和 75% 以上,进一步提高城乡居民基本医疗保险的保障水平。

三、闽西革命老区基本公共卫生服务的非均等化

由于体制、政策、运行机制及经济发展水平的制约,基本公共卫生服务供给不足,闽西老区仍存在较为严重的非均等化现象,概括起来主要表现在以下几个方面:

1. 城乡之间基本公共卫生服务的非均等化,公共卫生服务发展失衡,矛盾突出

基本公共卫生服务在许多方面表现出巨大的城乡差异,如医疗资源、卫生筹资、健康消费、医疗保障等的不均等,这不仅影响到国民健康,也带来一系列社会问题。

表 1 龙岩市新农合近五年发展情况表

	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年
参合率/%	95	97.5	98	99	99.8
人均财政补助/元	80	80	120	200	240
最高支付限额/万元	4	4	6	7	8
县域内新农合政策范围住院补偿比例/%	65%	67%	64%	77.68%	-
门诊统筹面	未开展普通门诊、特殊门诊		未开展普通门诊,开展普通门诊及特殊门诊		全面开展普通及特殊门诊
重大疾病补偿	由商业保险公司承保 政府投入 3 元/人/年		20 万元	20 万元	20 万元

资料来源:《龙岩统计年鉴 2012》

(1)城乡间卫生资源配置的非均等化。现行的医疗卫生资源配置方式使城乡基本公共卫生服务非均等化现象日益加剧,城乡区别的医疗卫生服务制度更加剧了这种非均等化现象。大量医疗卫生资源主要集中在城市,尤其是中心城市。2011 年末闽西老区共有各类医疗卫生机构 591 个,其中医院 34 个、卫生院 115 个;卫生专业技术人员 13 383 人,其中医生 4 471 人;卫生机构床位 12 261 张,其中医院和卫生院 11 604 张。龙岩市政府所在地——中心城市新罗区病床数、卫生技术人员数、医师(士)数和护师(士)数则分别占全地区总额的 36.41%、42.11%、42.52%和 46.33%,人均拥有量均超过全省平均水平甚至全国平均水平。各县、市的卫生服务资源也同样集中在县、市政府所在地。而农村则实行“新农合”制度,2011 年乡村医生和卫生人员仅占全地区总数的 13.44%。

(2)城乡居民医疗保健支出差距较大。城乡居民医疗支出差距主要表现在城乡居民人均医疗保健支出,2011 年城镇居民人均医疗保健支出为 561 元,农村居民为 350 元,相差 211 元,城镇居民是农村居民的 1.6 倍;其中连城县相差最多,城镇居民支出 972 元,比农村居民支出高出 649 元,是农村居民的 3 倍;其余各县、市(永定县例外)城镇居民均高于农村居民。

(3)最终消费支出中城镇居民公共医疗消费支出和医疗保健类支出高于农村居民。2011 年公共医疗和医疗保健类支出中城镇居民分别为 65 605

万元和 67 941 万元,农村居民分别为 41 482 万元和 51 659 万元;城镇居民人均公共医疗消费支出 540 元,是农村居民 309 元的 1.75 倍;两项人均支出加起来,城镇居民的 1 099 元比农村居民的 693 元多 406 元,城镇居民是农村居民的 1.59 倍。

2. 区域内基本公共卫生服务的标准、范围不一,农村基本公共卫生服务严重滞后

由于基本公共卫生服务的标准不一,导致区域内各县(市、区)之间存在差距。2011 年统计数据显示,新罗区千人床位、千人医师、千人卫生技术人员、千人护士等各项指标都明显高于其他各县市水平和全地区平均水平(见表 2)。

表 2 2011 年龙岩市(县、市、区)卫生服务资源

地 区	千人床位/个	千人医师/人	千人卫生技术人员/人	千人护士/人
全市	4.16	1.52	4.54	1.98
新罗区	9.19	3.91	11.60	5.58
漳平市	4.05	1.23	3.45	1.42
长汀县	3.04	1.03	3.30	1.31
永定县	3.05	0.95	3.01	1.21
上杭县	2.77	1.06	2.97	1.15
武平县	3.53	0.85	2.87	1.18
连城县	2.93	1.22	3.41	1.18

资料来源:《龙岩统计年鉴 2012》

各县(市、区)每千人拥有病床数相差较大,千人床位最多的新罗区与最少的上杭县相差 3.32 倍;千人医师最多的新罗区与最少的武平县相差 4.6 倍;每

千人卫生技术人员最多的新罗区与最少的武平县相差 4.04 倍;每千人拥有护士也是新罗区最高,其他县市都低于全地区平均水平。

3.城乡不同收入群体之间基本公共卫生服务差距大

基本公共卫生服务的区别还表现在不同收入群体间的非均等化。以人均收入将城镇居民家庭分为七个组:最低收入户、低收入户、中等偏下、中

等收入、较高收入、高收入户和最高收入户,从表 3 中看出,七个组中医疗保健支出最少的只有 286 元,最多的有 2 282 元,相差 8 倍;同时,收入水平低的家庭医疗保健支出比例也低,收入水平高的家庭医疗保健支出比例也高,最低收入家庭的医疗保健支出占其服务性消费支出 20%,而最高收入家庭的医疗保健支出占其服务性消费支出的 32%。

表 3 2011 年龙岩市按人均收入分组的城镇居民家庭消费支出中的医疗保健支出/元

项 目	最低收入(更低)	低收入户	中等偏下	中等收入	较高收入	高收入户	最高收入
医疗保健支出	322(286)	829	903	868	1 033	2 799	2 282

资料来源:《龙岩统计年鉴 2012》

四、闽西革命老区基本公共卫生服务非均等化的主要原因

闽西革命老区基本公共卫生服务非均等化问题,究其原因,主要有以下几个方面。

1.城乡二元结构和公共财政的体制性原因

(1)城乡二元结构。在我国医疗卫生服务领域,长期实行“城乡分治”的医疗卫生服务供给体制,供给制度城乡二元分割。政府按照两种不同体制进行管理,在基本公共服务的提供方面对城乡实行分而治之的政策,这种制度安排的不合理,使城乡基本公共服务差距日益扩大,非均等化现象愈显突出。

(2)公共财政供给体制。目前各级政府事权与财力不匹配,中央财政收入和支出占整个国家财政收入和支出的比重缺乏合理的制度安排,这种非对称性财政结构不利于实现基本公共卫生服务均等化,各级政府事权划分不清,责任不明,错位现象较为严重。

2.财政转移支付不够科学,缺乏公共卫生服务均等化考核体系

转移支付的模式主要有三种,一是自上而下的纵向转移,二是横向转移,三是纵向与横向转移的混合。目前政府间财政转移支付基本上是纵向的方式。同时,基本公共卫生服务的转移支付制度存在缺陷,主要表现在:一是制度的设计环节不够科学,主要体现在税收返还、结算补助、体制内补助、

专项转移支付和增量转移支付,形式过多但缺乏统一协调机制;二是在制度的执行和监督环节上存在不足,缺乏有效的均等化财政转移支付体系,主要表现在专项拨款和结算补助的分配缺乏规范科学的法规依据和合理的分配标准,在很大程度上反映了“有问题”的支出和收入划分,转移支付被视为修补政府间收支划分不足的工具,与财政均等化目标严重偏离;三是在实际操作中受人为因素影响也较大,并且当转移支付资金一旦到了受助方的地方政府手中,对地方政府如何分配和使用这些资金缺乏监督,存在资金被挤占、挪用、截留、沉淀和“权力寻租”等现象,缺乏对公共卫生服务均等化的考核体系。

3.区域间、城乡间经济发展不均衡

(1)区域间经济发展水平差异较大。经济发展水平直接影响基本公共卫生服务的发展,政府对基本公共卫生服务的投入往往受政府财力的影响,而区域间财力不均衡现象较为突出,人均财力差异较大。从各县(市、区)的 GDP 数字来看,最高的新罗区与最低的武平县相差 5.52 倍;人均 GDP 最高的新罗区与最低的长汀县相差 2.69 倍;从财政收入来看,总收入最高的新罗区与最低的连城县相差 5.57 倍,人均财政收入最高的上杭县与最低的连城县相差 2.90 倍;财政总支出最多的上杭县与最低的连城县相差 2.20 倍。

表 4 2011 年龙岩市财政收支情况

地 区	GDP/亿元	人均 GDP/元	财政总收入/亿元	人均财政收入/元	财政总支出/亿元
全市	1 242.15	48 554	206.45	8 071	137.73
新罗区	509.79	76 361	23.72	3 550	16.92
漳平市	126.57	52 891	11.20	4 685	13.64
长汀县	111.37	28 337	7.87	2 002	15.77
永定县	140.88	38 981	17.58	4 870	18.08
上杭县	164.94	44 278	18.66	5 004	19.86
武平县	92.29	33 307	6.26	2 259	12.35
连城县	96.32	38 935	4.26	1 726	9.01

资料来源:《龙岩统计年鉴 2012》

(2)城乡居民收入水平差距明显。城镇居民人均可支配收入远高于农村居民人均收入,这种差距直接影响到基本公共卫生支出。由表 5 可知,近四年来城乡居民收入都在逐年提高,但并没缩小城乡之间的这种差距,一直保持在 2.6 倍左右,而且城镇居民和农村居民收入差距绝对数呈加大趋势。

表 5 2009—2012 年龙岩市城乡收入差距

年 份	城镇居民人均可支配收入/元	农民人均纯收入/元	城乡收入差距绝对数/元	城镇居民收入/农村居民收入
2009	16 572	6 252	10 320	2.65
2010	18 406	6 931	11 475	2.66
2011	21 085	8 234	12 851	2.56
2012	23 766	9 396	14 370	2.53

资料来源:《2009—2012 年龙岩市国民经济和社会发展统计公报》

五、推进闽西革命老区基本公共卫生服务均等化的对策建议

1.切实实现城乡统筹,消除城乡体制分割,完善政府主导下的公共卫生服务体制,建立健全革命老区公共财政保障机制

(1)逐步打破城乡二元结构,为城乡居民提供均等的基本公共服务。城乡二元结构对城乡经济、社会、生活等各方面影响深刻而广泛。在分割的二元体制下,农村居民享有均等化公共卫生服务难以满足。因此,在实施城乡统筹过程中,要加快户籍制度改革,统一城乡户籍管理,彻底改变城乡二元结构,为实行城乡统一的经济社会政策奠定重要的制度基础;要充分重视农村公共卫生服务供给严重不足的现状,制定政策时倾向贫困地区和农村地区;另外,要建立城乡一体化的居民基本医疗保险

制度,完善政府主导下的公共服务体制,做到筹资标准城乡一致、参保补助城乡统一、待遇水平城乡均等化。

(2)建立健全革命老区公共财政保障机制。公共财政均等化是基本公共服务均等化的经济基础,基本公共服务均等化是公共财政“公共性”的重要体现。要按照不断强化公共服务和逐步实现公共服务均等化的要求,深化财政体制改革,健全公共财政体制,解决各级政府的财政收支分配问题,形成可持续的农村基本公共服务财政支持机制。革命老区在推进基本公共卫生服务均等化进程中,要优化公共财政投向,以财政支出结构调整引导国民收入分配结构优化;在城镇化过程中,要建立向农村倾斜的投入保障机制,“老区优先,适当倾斜”,逐步提升财政对革命老区基本公共服务的保障水平。

2.健全对农村地区的财政转移支付制度,

提高政策的整体协调力度,完善政策配套措施,缓解区域间、城乡间基本公共服务的不均等

转移支付制度就是均衡各级预算主体间收支规模不对称的预算调节制度,完善财政转移支付制度是实现基本公共卫生服务均等化的重要途径。我国目前仍实行不是很规范的转移支付制度,其主要制约因素,一是各级政府的职责和事权尚未明确划分,难以确定标准的收支概念;二是我国的中央财政仍十分困难,使转移支付制度缺乏充足的财力支持;三是由于体制、经济结构、自然环境和人口状况等因素影响,地区间经济发展水平相差很大,发展能力存在极大差别。

合理有效的财政转移支付,应以不同区域间存在的财政能力差异为基础,以实现各地区公共服务水平的均等化为宗旨,以公平原则、效率原则和法治原则调整政府间财政关系。要合理划分各级政府间的事权、财力、财权,规范省级政府以下政府间转移支付制度。各级政府要加大对农村地区的财政支持力度和对医疗卫生服务的补助和支持;同时,要加强地区之间的横向转移支付,富裕的地方政府应依法向财力不足的地方政府提供转移支付,使纵向转移支付与横向转移支付相结合,就可缓解区域间、城乡间基本公共卫生服务的不均等。

3.提高经济发展水平,坚持民生优先,消除贫困,用公共服务均等化推动经济发展方式转变,建立让老区人民满意、使老区人民受惠的基本公共卫生服务体系

基本公共服务的水平取决于两个变量,一是经济能力,二是制度安排。财力均等化是实现基本公共卫生服务均等化的基础,是城乡居民享有基本公共卫生服务的有力保障。在革命老区还面临着资金严重不足的问题,因此要加大对基本公共卫生服务的投入就必须发展地区经济,增强自身发展动力和能力。

龙岩是距离厦门最近的“内陆邻海”城市,也处于海峡西岸经济区的延伸两翼,具有明显的区位优势,在提高经济发展水平上具有外部和内部的巨大潜力和空间。老区政府要充分使用国家《关于福建省中央苏区、革命老区和少数民族地区范围有关问题的复函》的政策支持和国家发改委对进一步推进

老区环境保护与生态建设、自主创新和结构调整等的项目支持。在国家鼓励东部地区率先发展、支持福建省加快建设海峡西岸经济区等重大战略部署中,福建省及地方政府要紧紧抓住历史机遇,统筹安排生产力布局,用重大产业项目为海西建设提供产业支撑,带动闽西老区经济社会发展,增加老区居民收入,让老区人民受惠。

4.大力推进医疗卫生体制改革,吸收社会组织、个人等参与公共卫生服务,创新社会管理模式,形成一种多主体合作供给的医疗服务体系

改革开放以来,中国医疗卫生服务供给体制和方式发生了一系列变化,其中一个重要的变化就是民间资本的进入及发展。2009年国务院出台《关于深化医疗卫生体制改革的意见》和《2009—2011年深化医疗卫生体制改革实施方案》,新一轮医改方案明确将“形成多元办医格局”列入医改“总体目标”。2012年《国务院批转发展改革委关于2012年深化经济体制改革重点工作意见的通知》(国发〔2012〕12号),鼓励民间资本进入教育、医疗等领域。这些意见、方案等无疑为我国基本公共服务均等化注入了新的动力。

革命老区地方政府要切实消除阻碍非公立医疗机构发展的政策障碍,创新社会管理模式,构建民间组织参与公共服务的综合性政策支持体系,提升民间组织的可持续发展能力;鼓励、引导民间资本进入医疗领域,通过多元化办医格局,引导有能力、有条件的社会力量投资医疗卫生服务领域,形成一种多主体合作供给的医疗服务体系,加快革命老区基本公共卫生服务均等化进程。

参考文献:

- 艾洪山,张亚斌.2012.基本公共服务均等化[N].经济日报,2012-03-03.
- 庇古.2007.福利经济学[M].金镛,译.北京:华夏出版社.
- 常修泽.2007.中国现阶段基本公共服务均等化研究[J].中共天津市委党校学报(2):66-71.
- 丁元竹.2007.科学把握我国现阶段的基本公共服务均等化[J].中国经贸导刊(13).
- 国务院深化医药卫生体制改革领导小组办公室编写组.2009.深化医药卫生体制改革问答[M].北京:人民出版社:

- 43-44.
- 金人庆.2006.完善促进基本公共服务均等化的公共财政制度[J].求是(22):30.
- 赖文忠,王永珍.2012.中央和省级财政支持老区、苏区发展纪实[N].福建日报,2012-09-09.
- 刘琼莲.2009.论基本公共服务均等化的实质[J].教学与研究(6):34-40.
- 沈楠.2008.从均等化角度探析公共卫生支出结构问题[J].社会与政治(1):98-99.
- 吴仪.2008.认真贯彻落实党的十七大精神 加快推进中国特色卫生事业发展[EB/OL].(2008-01-11). <http://www.zjwst.gov.cn>.
- 袁蓓蓓,于保荣.2007.我国公共卫生财政支付研究综述[J].中国卫生经济(26):41-45.
- 张燕,幸奠国,等.2010.推进重庆基本公共卫生服务均等化的策略[J].现代预防医学(16):37.
- 作者不详.2012.完善基本公共卫生服务,实现百姓幸福清单[N].闽西日报,2012-12-07(8).

Research on Basic Public Service Equalization in Old Revolutionary Areas

—Taking Public Health Service in West Fujian Old Revolutionary Areas as an Example

ZHU Qun¹, HE Xiang-Min²

(1.Longyan College, Fujian Longyan 364012, China;

2.Nanchang Institute of Technology, Jiangxi Nanchang 330029, China)

Abstract: Ensuring equalization of public service is the responsibility and duty of a government. Basic public health service is directly related to livelihood, and there is serious un-equalization phenomenon in basic public health service in West Fujian Old Revolutionary Areas because of the causes such as urban and rural dual structure, imperfection of public finance supply and financial transfer payment system, imbalance of economic development between regions and between urban and rural areas and so on. As a result, China should eliminate urban and rural separation, perfect public service system under the leading of governments, accomplish financial transfer payment system, raise regional economic development level, push forward medical and healthy system reform to mitigate the un-equalization between regions and between urban and rural areas, and accelerate the public health service equalization progress in Old Revolutionary Areas.

Key words: basic public service equalization; West Fujian Old Revolutionary Areas; public health service; medical and health service; public financial security mechanism; financial transfer payment system; medical and health system reform

CLC number: F062.6;F127

Document code: A

Article ID: 1674-8131(2013)06-0045-08

(编辑:南 北,段文娟)